**Calendario de sesiones del Comité Institucional de Calidad**

**y Seguridad del Paciente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **CLUES (En caso de Aplicar)** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Ejercicio** | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| 1a. Sesión | Fecha de programación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de realización |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2a. Sesión | Fecha de programación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de realización |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3a. Sesión | Fecha de programación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de realización |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Elaboró | Aprobó |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Secretariado Técnico | Presidencia del Comité |